**Cod formular specific: L004C.6 Anexa nr. 1**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI BEVACIZUMABUM1**

* ***Carcinom de col uterin -***

**SECŢIUNEA I - DATE GENERALE**

**1.Unitatea medicală**: ……………………………………………………………………………...…….

**2. CAS / nr. contract:** ……………./…………………

**3.Cod parafă medic**:

**4.Nume şi prenume pacient**: …………………………………….………………………………..……

**CNP / CID**:

**5.FO / RC**: **d în data**:

**6.S-a completat** “**Secţiunea II- date medicale**“ **din Formularul specific cu codul**: ..…….....………

**7.Tip evaluare**: iniţiere continuare întrerupere

**8.Încadrare medicament recomandat în Listă**:

boala cronică (sublista C secţiunea C1), cod G:

PNS (sublista C secţiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic (v*arianta 999 coduri de boală)*, după caz:

ICD10 (sublista A, B,C secţiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (v*arianta 999 coduri de boală)*:

**9. DCI recomandat**: 1)…………………………………. **DC** (după caz) ……………………………...

 2)…………………………………. **DC** (după caz) ……………………………...

**10.\*Perioada de administrare a tratamentului**: 3 luni 6 luni 12 luni,

**de la**: **până la**:

**11. Data întreruperii tratamentului**:

**12. Pacientul a semnat declarația pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin**:

DA NU

\*Nu se completează dacă la “**tip evaluare**“ este bifat “**întrerupere**”!

1 Se administrează pentru această indicaţie în asociere cu paclitaxel şi cisplatină

**SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE** *Cod formular specific L004C.6*

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**
2. Declarație de consimţământ pentru tratament semnată de pacient  DA  NU
3. Paciente cu vârstă adultă (vârstă peste 18 ani)  DA  NU
4. Status de performanţă ECOG 0 - 2  DA  NU
5. Diagnostic de neoplasm de col uterin persistent, recurent sau metastazat  DA  NU
6. Valori ale analizelor de laborator care, în opinia medicului curant, sunt  DA  NU

în limite ce permit administrarea tratamentului chimioterapic antineoplazic

 şi a bevacizumab.

1. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
2. Intervenție chirurgicală majoră în ultimele 28 de zile  DA  NU
3. Evenimente tromboembolice semnificative clinic în ultimele 6 luni anterior inițierii tratamentului cu Bevacizumab  DA  NU
4. Sarcină / alăptare  DA  NU
5. Hipersensibilitate cunoscută la substanța activă  DA  NU
6. Metastaze cerebrale simptomatice, netratate anterior (*contraindicație relativă, exclusiv la aprecierea medicului curant*)  DA  NU
7. Hipertensiune arterială necontrolată (*contraindicație relativă, exclusiv la aprecierea medicului curant*)

 DA  NU

1. Fistule, perforații, ulcere nevindecate preexistente (*contraindicație relativă,exclusiv la aprecierea medicului curant*)  DA  NU
2. Proteinurie > 1+ (dipstick) sau > 1 g/24 ore (*contraindicație relativa,exclusiv la aprecierea medicului curant*)  DA  NU
3. Alte afecțiuni concomitente, care, în opinia medicului curant, contraindică tratamentul cu Bevacizumab.  DA  NU

1. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
2. Statusul bolii la data evaluării:
3. Remisiune completă
4. Remisiune parţială
5. Boală staţionară
6. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului:  DA  NU
7. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:  DA  NU
8. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI**
9. Perforaţie gastro-intestinală
10. Fistulă traheoesofagiană sau orice fistulă de grad 4
11. Sindrom nefrotic
12. Sarcina/alăptarea
13. Decesul pacientului
14. Afecțiuni cardio-vasculare clinic semnificative în ultimele 6 luni (ex. infarct miocardic acut, angină pectorală severă, grefă coronariană/by-pass coronarian, ICC grad NYHA III-IV, HTA necontrolată terapeutic)
15. Evenimente tromboembolice arteriale care pun în pericol viaţa în ultimele 6 luni
16. Hemoragii importante/recurente
17. Ulcer gastric hemoragic
18. Ulcer duodenal hemoragic
19. Tromboză venoasă profundă necontrolată terapeutic *și/sau*
20. Embolism pulmonar care pune în pericol viaţa (gradul 4)
21. Toxicitate inacceptabilă.
22. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE TEMPORARĂ A TRATAMENTULUI**
23. Intervenţie chirurgicală majoră

Subsemnatul, dr.…………………....................................................…, răspund de realitatea şi exactitatea completării prezentului formular.

Data: Semnătura şi parafa medicului curant

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care, se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.